

Magyarország
Hungary

.....SZ.

No.....

Tengerész Szolgálati Egészségi Bizonyítvány
Medical Certificate for service at sea

Név (családi név, utónév/utónevek)/Name (last, first):

Születési ideje (év/hó/nap): Neme: Férfi Nő
Date of birth (year/month/day): Sex: Male Female

Képesítése/Beosztása: Állampolgársága:
Qualification/Rank: Nationality:

Lakcíme/Home address:

Útlevelének (szolgálati könyvének) száma/Passport N° (Seaman's Book N°):

A személyazonosító okmányok ellenőrzése a vizsgálaton megtörtént/Identification documents were checked at the point of examination: **Igen/Yes** / **Nem/No**

A személyazonosság igazolására szolgáló okmány száma /The identity was verified by the presentation of the identification card / passport. No:.....

Látásvizsgálat/Sight:

A látásélesség megfelel az STCW Szabályzat A-1/9. szakaszában szereplő követelményeknek/Visual acuity meets standards in STCW Code, section A-1/9.: **Igen/Yes** / **Nem/No**

A színlátás megfelel az STCW Szabályzat A-1/9. szakaszában szereplő követelményeknek (a vizsgálat hat évente szükséges)/Colour vision meets standards in STCW Code, section A-1/9. (testing only required every six years):

Igen/Yes / **Nem/No**

Az utolsó színlátás-vizsgálat időpontja/Date of last colour vision test: ____/____/____

Hallásvizsgálat/Hearing:

A hallás megfelel az STCW Szabályzat A-1/9. szakaszában szereplő követelményeknek/Hearing meets the standards in STCW Code, section A-1/9: **Igen/Yes** / **Nem/No**

A segédeszköz nélküli hallás kielégítő/Unaided hearing satisfactory:

Igen/Yes / **Nem/No**

A tengerész nincs olyan egészségi állapotban, amely a tengeri szolgálat teljesítése során valószínűleg súlyosbodik, illetve alkalmatlanná teszi a tengerészt az ilyen szolgálat ellátására, és a hajón tartózkodó többi személy egészségét és biztonságát veszélyezteti/Is the seafarer free from any medical condition likely to be aggravated by service at sea or to render the seafarer unfit for such service or to endanger the health of other persons on board:

Igen/Yes / **Nem/No**

Az Egészségi Bizonyítványt az ILO és a WHO által kiadott Útmutató a tengerészek behajózás előtti vagy időszakos orvosi alkalmassági vizsgálatának elvégzéséhez című kiadványban foglalt irányelvek és az STCW és az MLC előírásai alapján állítottam ki/ Medical Examinations conducted in accordance with ILO/WHO Guidelines for conducting pre-sea and periodic Medical Fitness Examinations for seafarers. Medical Certificate issued under the provisions of the the International Convention on Standards of Training, Certification and Watchkeeping for Seafarers (STCW), 1978, as amended and the Maritime Labour Convention (MLC, 2006) of ILO.

Hatóság/Authorizing Authority: Hungarian Maritime Authority

A tengeri szolgálatra való alkalmasság értékelése az STCW Egyezmény I/9. szabályán alapul/Assesment of fitness for sevice at sea referring to and in accordance with the STCW Convention Chapt. I. Reg. I/9

A vizsgált személy egészségügyi nyilatkozata, az általam végzett orvosi vizsgálatok és az egészségügyi törzslapon rögzített kiegészítő szakvizsgálatok eredményei alapján kijelentem, hogy a vizsgált személy:

On the basis of the examinee's personal declaration, my clinical examinations and diagnostic test results recorded on the medical examination form, I declare the examinee:

	Fedélzeti szolgálat Deck service	Gépszolgálat Engine service	Segéd szolgálat Catering service	Egyéb szolgálat Other services
Alkalmas Fit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nem alkalmas Unfit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korlátozás nélkül <input type="checkbox"/> Without restrictions	Korlátozással <input type="checkbox"/> With restrictions	Látásjavító eszköz Szükséges Visual aid required	igen yes	nem no

A korlátozások leírása: a betölthető beosztás, hajótípus, munkakör vagy a szolgálati idő korlátozása *Describe restrictions (e.g. specific position, type of ship, trade area)*

A vizsgálat helye/Place of examination:

A vizsgálat ideje (év/hó/nap)/ _____ / _____ / _____

Date of examination (day /month /year): _____ / _____ / _____

Az egészségügyi bizonyítvány érvényessége (év/hó/nap): _____ / _____ / _____

Medical certificate's date of expiration (day/ month/ year):

A hivatalos bélyegző helye/Official stamp:

A kinevezett vizsgáló orvos neve és beosztása:

Name and degree of authorized medical examiner: Dr Imre MELLES Medical Director

A bizonyítványt kiállító hatóság:

National Transport Authority

Name of physician's certifying authority:

A bizonyítvány kiállítás ideje/ Date of issue of physician's certificate: _____ / _____ / _____

A Nemzeti Közlekedési Hatóság felhatalmazásával/

Authorized by the National Maritime Authority

A vizsgáló orvos aláírása/ Signature of medical examiner: _____

Elismerem, hogy az egészségügyi törzslap tartalmával megismertettek.

I acknowledge that I have been advised of content of the medical examination form.

A vizsgált személy aláírása:

Examinee's signature:

(A vizsgáló orvos jelenlétében kell aláírni.)
(To be signed in the presence of the medical examiner.)